



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,  
beide te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, indicatieprotocol

Zaaknummer : 201801340

Zittingsdatum : 9 januari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen






- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.






3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar op 1 februari 2018 aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hoortoestel GN resound, type Linx 3D 961 DRW RIE (hierna: de aanspraak). Bij brief van februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 17 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2018 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 november 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 2 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld niet in persoon, maar telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.8. Bij brief van 1 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 november 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 201805503) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoeker niet uit kan komen met een hoortoestel uit de landelijke hoortoestellendatabase. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 november 2018 aan partijen gezonden.
- 
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2019 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.10. Bij brief van 16 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 14 februari 2019 heeft het Zorginstituut in reactie daarop medegedeeld dat dit niet het geval is en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Bij brief van 15 februari 2019 is een afschrift van deze reactie ter kennisname aan partijen gezonden.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. In september 2016 is een toon- en spraakaudiogram bij verzoeker uitgevoerd. Hieruit volgt dat het gehoor aan het linkeroor voor iemand van zijn leeftijd onevenredig afneemt, waarbij het gehoor van de hoge tonen links veel minder is als gevolg van een operatieve ingreep in het verleden. Het meest recente audiogram is gemaakt op 8 november 2017. Tevens kent het linkeroor van verzoeker een kromming die tot gevolg heeft dat het oorsmeer niet langs natuurlijke weg wordt afgevoerd en zich ophoopt. Verzoeker is hiervoor reeds geruime tijd onder behandeling in het ziekenhuis en laat jaarlijks het oorsmeer verwijderen.  
Gezien de specifieke situatie van verzoeker is hij aangewezen op een hoortoestel dat geschikt is voor drukke ruimtes (geen bijgeluiden) en gesprekken met meerdere personen tegelijk. De 'eenvoudige' hoortoestellen verbeteren weliswaar de één op één gesprekken, maar geven bijgeluiden in drukke ruimtes. Dat werkt averechts voor het linkeroor. De behandelend audicien adviseerde verzoeker daarom het hoortoestel GN Resound te gebruiken. Verzoeker heeft vervolgens een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van dit toestel. Deze aanvraag is ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 
- 
- 
- 

- 4.2. Als een deskundige een hulpmiddel adviseert, is het ongebruikelijk dat de zorgverzekeraar zijn verzekerde dwingt tot een andere keuze. Daarmee gaat de zorgverzekeraar namelijk op de stoel zitten van de deskundige. Bovendien gaat de ziektekostenverzekeraar in dit geval voorbij aan de specifieke situatie van verzoeker.  
De beleidslijn van de ziektekostenverzekeraar verwacht (zorg)inhoudelijke criteria met financiële criteria. Deze beleidslijn zorgt bovendien voor rechtsongelijkheid, omdat andere zorgverzekeraars een beleidslijn hanteren met maximale vergoedingen voor de aanschaf van bepaalde categorieën hoortoestellen. Deze laatste beleidslijn is volgens verzoeker de enige juiste.
- 4.3. Op grond van de door hem afgesloten restitutiepolis heeft verzoeker vrije keuze van zorgaanbieder en recht op vergoeding van 100% van het marktconforme tarief. Bij de aanschaf van hoortoestellen is echter sprake van gedwongen winkelnering, omdat de ziektekostenverzekeraar enkel bereid is hoortoestellen te vergoeden die voorkomen in de database. De ziektekostenverzekeraar handelt daarmee als ware sprake van een naturapolis.  
In de brief van 4 april 2018 beroept de ziektekostenverzekeraar zich op de verzekeringsvoorwaarden. Hierin staat: "*De zorg moet uiteraard wel voldoen aan de voorwaarden die wij voor zorg stellen*". Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij kwalitatieve voorwaarden aan zorg te stellen, zoals dat deze moet worden geleverd door een erkend medicus, dan wel dat sprake moet zijn van een kenmerk voor kwaliteitszorg of dat er financiële randvoorwaarden gelden. Echter, de ziektekostenverzekeraar plaatst onder het begrip 'voorwaarden' ten onrechte ook het stellen van inhoudelijke voorwaarden die tot gevolg hebben dat er een beperkte keuze is bij het kiezen van een hoortoestel.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door het Zorginstituut in het voorlopig advies wordt gewezen op de landelijke hoortoestellendatabase, waarin het gewenste hoortoestel niet zou voorkomen. Verzoeker vraagt zich af wanneer deze database voor het laatst een update heeft gehad en of hierin wel de hoortoestellen zijn opgenomen die voldoen aan de kwaliteitsnormen die audiciens aan hoortoestellen stellen. Bovendien is verzoeker van mening dat - voor zover het gewenste hoortoestel al niet in de database zou voorkomen - het aan de ziektekostenverzekeraar is hem te wijzen op een vergelijkbaar alternatief. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar echter nagelaten.  
Verder heeft verzoeker het standpunt herhaald dat de beoordeling van de audicien het uitgangspunt dient te zijn bij beoordeling op welk hoortoestel hij is aangewezen. In zijn situatie is vastgesteld dat hij een hoortoestel nodig heeft uit de categorie 5+, mede gelet op zijn specifieke levensomstandigheden.  
Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat hij op basis van de afgesloten restitutiepolis een vrije keuze heeft van zorgaanbieders en dat hij recht heeft op een 100% vergoeding van het marktconforme tarief. Het kan dan niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij de aanschaf van een hoortoestel kan dwingen genoegen te nemen met een hoortoestel uit een mogelijk verouderde database. Dit beperkt hem in zijn zorgkeuze, hetgeen in strijd is met de vrije zorgkeuze die de restitutiepolis garandeert.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van artikel B.17.8. van het Reglement Hulpmiddelen komt een hoortoestel voor vergoeding in aanmerking als sprake is van (i) een revalideerbaar oor met drempelverlies van minstens 35 dB voor het betreffende oor of (ii) bij ernstig oorsuizen. Het hoortoestel moet zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.  
Ingevolge artikel 2.1, derde lid, Bzv wordt zorg enkel vergoed indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Op basis hiervan moet sprake zijn van doelmatige en adequate zorg. Zo moet een hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld zijn.

Aan dit doelmatigheidscriterium wordt vorm gegeven met het landelijk Keuzeprotocol Hoorzorg. Aan de hand van dit protocol wordt vastgesteld of sprake is van een eenvoudige of een complexe zorgvraag en wordt geïndiceerd op welke categorie hoortoestel een verzekerde is aangewezen. Het uitgangspunt hierbij is dat een verzekerde kan uitkomen met een hoortoestel dat in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen. Mocht blijken dat de hierin opgenomen toestellen voor een individuele verzekerde geen adequate en doelmatige hooroplossing bieden, dan wordt beoordeeld of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Dit is het geval als objectief kan worden aangetoond dat het niet mogelijk is om de betrokken verzekerde binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Aan deze voorwaarde wordt voldaan als ten minste twee verschillende toestellen uit de database zijn geprobeerd en er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum is, waaruit blijkt dat niet met een toestel uit de database kan worden uitgekomen.

- 5.2. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van een hoortoestel dat buiten de hoortoestellendatabase valt. Uit het dossier volgt dat verzoeker geen hoortoestellen heeft geprobeerd uit de database. Dit is telefonisch bevestigd door de audicien van verzoeker. Verder is niet vastgesteld door een audiologisch centrum dat in de situatie van verzoeker niet kan worden volstaan met een toestel uit de database. Nu deze informatie ontbreekt, kan niet worden beoordeeld of de gekozen hooroplossing doelmatig is.
- 5.3. Overigens blijkt uit het telefonisch contact met de audicien van verzoeker ook dat hij hem het beleid rondom het verstrekken van hoortoestellen heeft uitgelegd en dat hij er daarbij tevens op is gewezen dat het aangevraagde hoortoestel geen verzekerde zorg betreft. Verzoeker heeft desalniettemin voor het aangevraagde hoortoestel gekozen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hem niet aan hem is verzoeker advies te geven over de verschillende hoortoestellen waarmee hij uit zou kunnen komen. Dat is de taak en de rol van de audicien. Het is echter wel aan de zorgverzekeraar te beoordelen of een bepaald hoortoestel ook voor vergoeding in aanmerking komt. Als dit oordeel al negatief uitvalt, maakt het niet uit of een verzekerde een naturapolis of een restitutiepolis heeft. Het verschil in polis kan eventueel wel gevolgen hebben voor de hoogte van een eventuele vergoeding.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*B.17.2. Reglement Hulpmiddelen*

*De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:*

*- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;  
(...)*

*Voorwaarden*

*Algemeen*

*- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.*

*(...)*

*- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.*

*- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur, of onnodig ingewikkeld. (...)"*

- 8.4. In artikel B.17.8 van het 'Reglement Hulpmiddelen' is de aanspraak op hoortoestellen nader uitgewerkt. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

*Akkoordverklaring nodig van ons*

*Bij buiten-categorie hoortoestellen*

*Let op!*

*(...)*

*Het hulpmiddel moet:*

*- geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien;*

*- aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorzorgprotocol;*

*- zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellendatabase.*

*(...)*

*Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase is opgenomen:*

*- moeten tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgetoetst zijn en*

*- moet er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden. (...)"*

- 8.5. Artikel B.17. van de zorgverzekering en artikel B.17.8 van het 'Reglement Hulpmiddelen' zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt

van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.6 Rzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie is opgenomen in artikel 2.10 Rzv.

In artikel 2.1, derde lid, Bzv staat dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De commissie overweegt dat hoortoestellen behoren tot de verzekerde prestaties en dat verzoeker op grond van de door hem afgesloten restitutiepolis kan gebruikmaken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, waaronder ook een leverancier van hoortoestellen. Dit betekent echter niet - in tegenstelling tot hetgeen verzoeker kennelijk veronderstelt - dat geen nadere voorwaarden mogen worden gesteld aan de aanspraak op hoortoestellen, met name ten aanzien van de (verzekerings)indicatie en de doelmatigheid. In dit kader merkt de commissie op dat bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor vergoeding van een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van het Hoorzorgprotocol. Aan de hand van het Hoorzorgprotocol wordt vastgesteld op welke van de vijf categorieën hoortoestellen een verzekerde is aangewezen. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde alleen recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit vastgelegd in artikel B.17. van de zorgverzekering en in artikel B.17.8. van het 'Reglement Hulpmiddelen'.
- 9.2. In artikel B.17.8. van het 'Reglement Hulpmiddelen' is daarnaast opgenomen dat enkel aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van een hoortoestel buiten de vijf categorieën, indien ten minste twee hoortoestellen uit de aangewezen categorie zijn geprobeerd en door een audiologisch centrum is vastgesteld dat deze niet toereikend zijn in de specifieke situatie van een verzekerde. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband aangevoerd, en door verzoeker niet bestreden, dat aan deze beide voorwaarden niet is voldaan. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het gevraagde hoortoestel ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat de beleidslijn van de ziektekostenverzekeraar leidt tot rechtsongelijkheid omdat andere zorgverzekeraars een beleidslijn hanteren waarbij een maximale vergoeding wordt verleend die is gebaseerd op de geïndiceerde categorie hoortoestel, maakt de uitkomst niet anders. Voor zover al sprake zou zijn van een dergelijke beleidslijn - hetgeen geenszins vaststaat - merkt de commissie op dat verzoeker niet ervoor heeft gekozen zich te verzekeren bij die of deze zorgverzekeraar(s), zodat aan de door deze zorgverzekeraar(s) gehanteerde verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak kan worden ontleend. Daarnaast is door verzoeker niet onderbouwd waarom de beleidslijn van de ziektekostenverzekeraar - die als uitgangspunt heeft dat alleen vergoeding wordt verleend voor een hoortoestel binnen de geïndiceerde categorie voor zover deze daadwerkelijk is afgenomen - niet correct zou zijn.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet kan worden toegewezen op grond van deze verzekering.

 **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2019,

  
  
  
  
  
  
  
  
  
 L. Ritzema